

MODULO PER DOMANDA PRESTAZIONE AGGIUNTIVA: SUSSIDIO PER INFORTUNIO MORTALE SUL LAVORO

Dati del Richiedente (Erede/Superstite che presenta la domanda):

☐ Coniuge ☐ Figlio/a ☐ Altro

Il/la sottoscritto/a

Sesso ☐ M ☐ F

Codice Fiscale

Nato/a a

(

) il

/

/

Residente a

Frazione

Cap

Via

N.

Indirizzo e-mail

Telefono

Banca

IBAN dell'erede per l'accredito in conto corrente

Dati del Lavoratore Deceduto:

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data del decesso il

/

/

Il richiedente **dichiara** che il lavoratore deceduto prestava la propria attività lavorativa fino alla data del decesso causato da infortunio sul lavoro, presso l'Azienda Agricola:

Note:

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL LAVORATORE AGRICOLO E DELL'ERED/DEGLI EREDI, BUSTA PAGA RECENTE, DENUNCIA/VERBALE INAIL (docum. che attesta l'infortunio mortale sul lavoro), DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (docum. che attesta chi sono gli eredi).

Inoltre il richiedente dichiara sotto la propria responsabilità:

- che gli unici eredi legittimi/superstiti aventi diritto al sussidio;

DL 196/2003 e GDPR 2016/679 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi delle normative di cui sopra, consento al loro trattamento nei limiti necessari al perseguimento degli scopi statuari della Cassa Integrazione Malattia Ente Bilaterale CIMEB di Lodi.

Autorizzo l'Organizzazione Sindacale

a trasmettere all'ente bilaterale CIMEB di Lodi la presente richiesta.

Luogo e Data

Timbro e firma dell'Organizzazione Sindacale

Firma del richiedente